

вызывается прочной нитью. Зонд удаляется с первым стулом. В течение 2—4 недель после операции происходит выворачивание краев стомы слизистой наружу и окончательно формируется хоботок, как при первом варианте.

Показания к наложению плоской стомы считаем ограниченными из-за сложностей при последующем применении современных калоприемников, особенно у тучных больных. При некачественном выполнении такая стома часто осложняется рубцовым стенозом.

У 18 из 47 больных с неоперабельными опухолями прямой кишки или другой тяжелой соматической патологией было выявлено 27 местных осложнений стомии. Реконструктивные вмешательства были нецелесообразны вследствие высокого риска наркоза и самой операции.

Довольно высокий процент перистомальных дерматитов был связан, по нашему мнению, с отсутствием качественного стомийного оснащения. С открытием сети реабилитационных кабинетов стомийной помощи многие проблемы стомированных больных должны быть решены.

В ы в о д ы

1. Правильное размещение и адекватное выполнение постоянной энтеро- и колостомы являются важнейшими условиями ее надлежащего функционирования, позволяют избежать многих послеоперационных осложнений.

2. Реконструкция порочных постоянных стом позволяет больным в последующем успешно пользоваться современным стомийным оснащением, что способствует скорейшему возвращению пациентов к полноценной жизни, их успешной социальной реабилитации.

Поступила 19.02.96 г.

THE LOCAL COMPLICATIONS OF THE PERMANENT ENTERO- AND COLO-STOMIES, THEIR PROPHYLAXIS AND TREATMENT

A. V. Vorobey, M. Szczepkowski

The results of the examination and treatment of 308 patients with the permanent entero- and colostomies are adduced. The classification of the complications and the causes of their origin are given. The peculiarities of the reconstructive procedures and the technique of performing of end stomy with use of the modern ostomy equipment are described.

Канд. мед. наук *С. Н. ШНИТКО, В. А. ПЛАНДОВСКИЙ*

ЭВОЛЮЦИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО СПОНТАННОГО ПНЕВМОТОРАКСА

Отделение торакальной хирургии Главного военного клинического госпиталя
МО Республики Беларусь, кафедра военно-полевой хирургии
Военно-медицинского факультета Минского медицинского института

В статье анализируются результаты различных методик лечения 112 больных с неспецифическим спонтанным

пневмотораксом. Активная хирургическая тактика у этих пациентов позволила сократить рецидивы в 2 раза, по-

47
Библиотека

леоперационные осложнения—в 4 раза и значительно улучшить функцию внешнего дыхания больных. С точки зрения авторов, операцией выбора при буллезной эмфиземе легкого, осложненной спонтанным пневмотораксом, является экономная атипичная краевая резекция измененных участков легочной ткани в сочетании с апикальной плеврэктомией. Показаны методика и преимущества видеоторакоскопических оперативных вмешательств при данной патологии.

Вероятно, многие хирурги задумывались над тем, что термин “спонтанный пневмоторакс” не отражает сущности этого состояния, так как скопление воздуха в плевральной полости происходит не самопроизвольно, а вследствие вполне определенных факторов (в 72—92% случаев причиной первичного неспецифического пневмоторакса является буллезная эмфизема легких) [4, 6]. Поэтому некоторые авторы, в частности Д. П. Чухриенко [7] в своей монографии, предлагают термин “патологический пневмоторакс”. Контингент больных с буллезной болезнью легких неуклонно увеличивается, что связано с распространением курения и загрязнением окружающей среды [2, 3, 5]. Разноплановый подход к лечению больных с неспецифическим спонтанным пневмотораксом, когда преобладает выжидательная консервативная тактика, порождает большое количество рецидивов и осложнений, составляющих, по данным отдельных клиницистов, от 18 до 50% [1, 8, 9]. Малая эффективность консервативного лечения обусловила более широкое применение оперативных вмешательств, причем диапазон их различен—от ушивания единичных булл и частичной резекции легочной ткани до операции на костальной плевре.

На схемах 1 и 2 показаны основные методы консервативного и оперативного лечения больных с патологическим пневмотораксом, причем многие из них

имеют лишь историческое значение.

Консервативные методы лечения патологического пневмоторакса

1. Методы, обеспечивающие самостоятельное расправление легкого (лечение покоем, лечение поддержанием пневмоторакса, лечение применением экспираторов, лечение применением подводного дренажа по Бюлау—Петрову).

2. Методы, обеспечивающие активное расправление легкого (лечение плевральными пункциями, лечение постоянной активной аспирацией).

3. Вспомогательные методы, направленные на устранение дефекта в легком и ликвидацию пневмоторакса (олеоторакс, внутриплевральная аутогемотерапия, френикотрипсия и пневмоперитонеум).

4. Специальные методы лечения пневмоторакса, применяемые для профилактики его рецидивирующих и хронических форм (внутриплевральное введение раздражающих средств, внутриплевральное разрушение сращений и воздушных субплевральных пузырей под торакоскопическим контролем).

Оперативные методы лечения патологического пневмоторакса

1. Ушивание дефектов легочной ткани.

2. Разрушение и иссечение сращений и воздушных пузырей.

3. Декортикация легкого или плеврэктомия.

4. Резекция легкого.

5. Видеоторакоскопические оперативные вмешательства.

Наше сообщение основано на 20-летнем опыте лечения 112 больных с неспецифическим спонтанным пневмотораксом, которые наблюдались в отделении торакальной хирургии Окружного (ныне Главного военного клинического госпиталя Министерства обороны Республики Беларусь) с 1976 г. по 1995 г. Этот опыт позволяет объективно оце-

нить не только полученные результаты, но и рациональность методик, применяемых в лечении этого заболевания.

Все больные были мужчинами в возрасте от 16 до 65 лет. Правосторонний пневмоторакс наблюдался у 56 пациентов, левосторонний—у 51 и двухсторонний—у 5 больных (4,5%). Наиболее часто отмечен закрытый пневмоторакс—у 76 (67,9%) пациентов, открытый—у 29 (25,9%) и клапанный—всего у 7 больных, что составило 6,2%. Мы лечили 32 (28,6%) больных с рецидивным спонтанным пневмотораксом, причем у 26—по одному рецидиву, у 3—по два, у 2—по пять, а у одного пациента мы наблюдали 6 рецидивов пневмоторакса. В наших наблюдениях буллезная эмфизема легких, как наиболее частая причина неспецифического спонтанного пневмоторакса, выявлена у 87 (77,7%) больных, рубцово-склеротические изменения—у 1 (8,9%), кисты легкого—у 6 (5,3%), причина пневмоторакса не установлена у 9 (8,1%) больных.

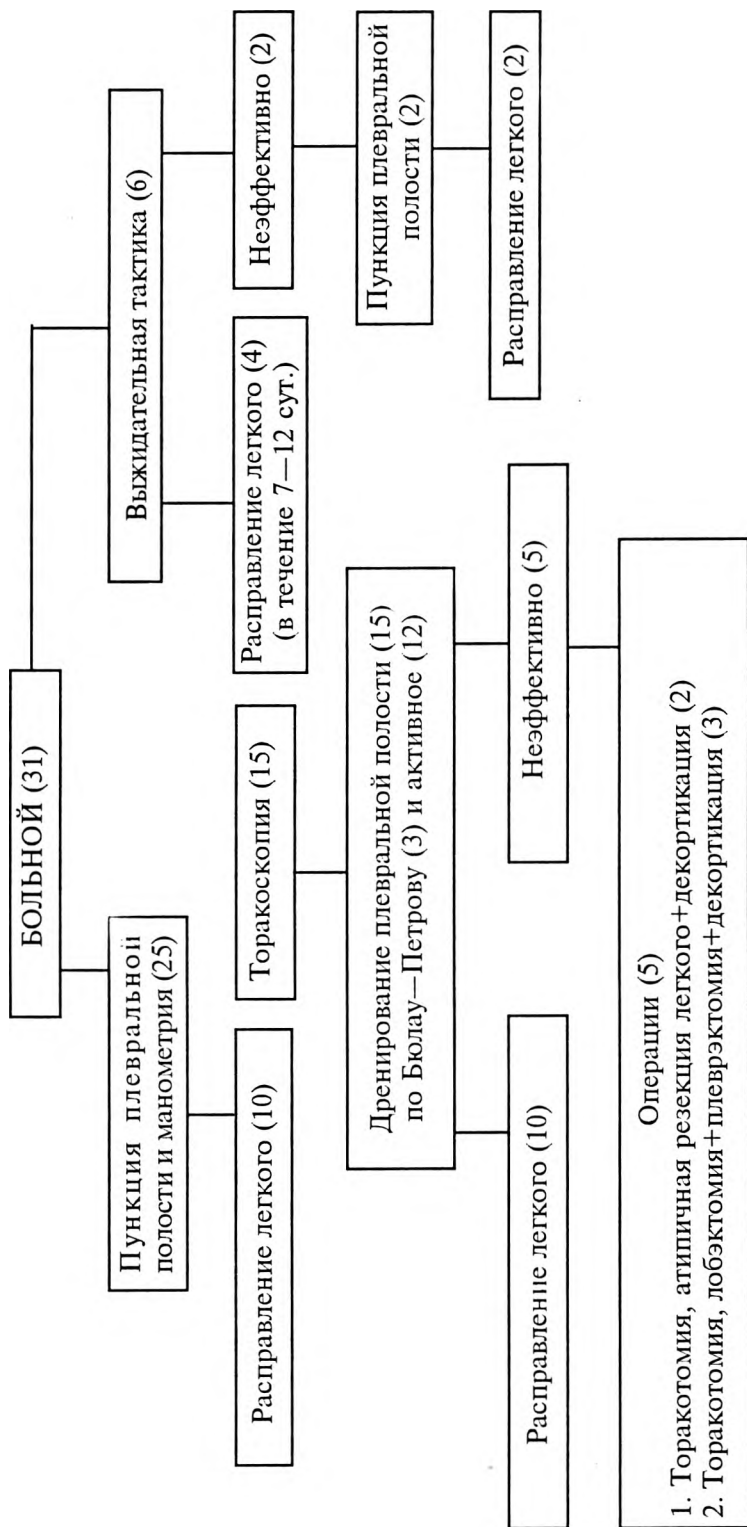
Для диагностики неспецифического спонтанного пневмоторакса применяли у всех больных полипозиционное рентгенологическое исследование грудной клетки, компьютерную томографию—у 33 и торакоскопию—у 69 пациентов. Последнюю выполняли по общепринятой методике под местной анестезией с помощью торакоскопа (Германия) и заканчивали дренированием плевральной полости одним или двумя дренажами. При рентгенологическом исследовании определяли степень коллапса легкого, наличие крупных буллезных и кистозных образований. У 35 больных констатирована 1-я степень коллабирования легкого, у 38—2-я и у 39 пациентов—тотальный коллапс легкого. В каждом четвертом наблюдении наряду с пневмотораксом определялась жидкость в плевральной полости, у 51 больного при торакоскопии выявлены множественные буллы легких малых и средних размеров, локализованные, как правило, в 1-м и 2-м сегментах. У 2 больных отмечено поражение буллами всего легкого, а у 3 имелось сочетание сгруппированных и

одиночных булл.

В целях сравнения эффективности различных тактик лечения больных с неспецифическим спонтанным пневмотораксом мы разделили всех больных на три группы в зависимости от периода оказания им помощи: 1-я группа—больные, лечившиеся в общехирургическом отделении Окружного военного госпиталя в первом периоде (1976—1980 гг.), 2-я группа—лечившаяся в специализированном отделении торакальной хирургии госпиталя во втором периоде (1981—1991 гг.) и 3-я группа—больные, лечившиеся после внедрения в практику видеоторакоскопической хирургии в третьем периоде (1993—1995 гг.).

Как показывает схема 1, для 1-го периода оказания помощи больным с неспецифическим спонтанным пневмотораксом была характерна консервативная тактика. Так, лечение покоем и применением медикаментозных средств проводилось у 6 (19,4%) больных с коллапсом легкого, не превышающим 20% объема. У 4 из них наступило рассасывание воздуха и расправление легкого в течение 7—12 суток, то есть в сроки, весьма опасные для возникновения инфекционных осложнений. После пункции и манометрии плевральной полости в 15 из 25 наблюдений (60%) нам не удалось достичь полного герметизма легкого. Этим больным была проведена торакоскопия и дренирование плевральной полости. Пять пациентов, у которых дренирование оказалось неэффективным, подверглись оперативным вмешательствам. Хирургическая активность составила лишь 16,1%. У остальных 83,9% больных полученный положительный эффект лечения заведомо имел лишь временный характер, так как не была устранена причина заболевания. Кроме этого, сохранение буллезно-измененных участков легочной ткани обуславливает избыточное “мертвое” пространство, резко ухудшающее функциональные показатели дыхания. 77,4% наших больных в конце лечения имели 3 степень

АЛГОРИТМ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ
I ПЕРИОД (1976—1980 гг.)



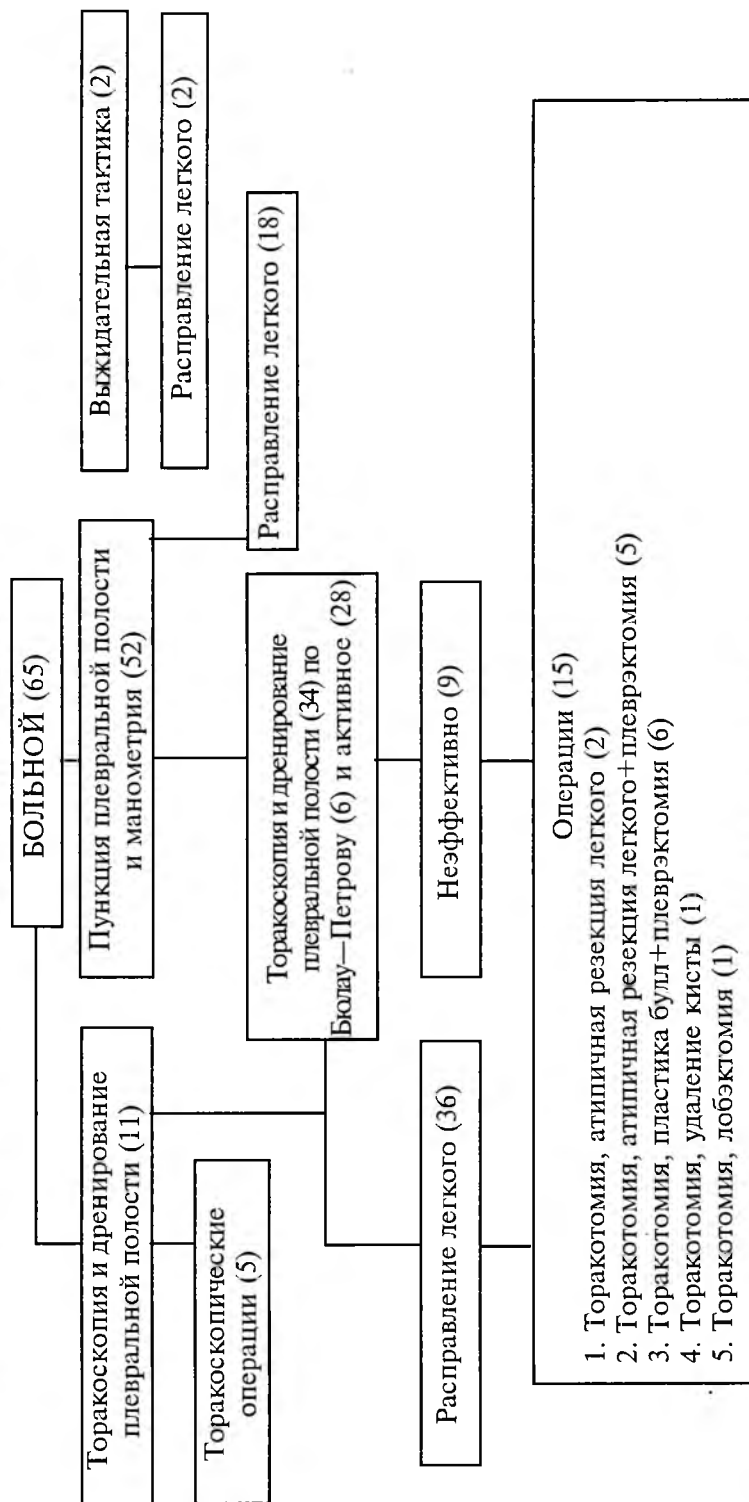
РЕЗУЛЬТАТЫ

Рецидив в период лечения—у 4 (12,9%) больных.

Послеоперационные осложнения—у 5 (25%) больных (3—эмпиемы плевры).

ФВД в конце лечения—у всех больных нарушена, причем у 24 (77,4%)—III степени.

АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ
2 ПЕРИОД (1981—1992 ГГ.)



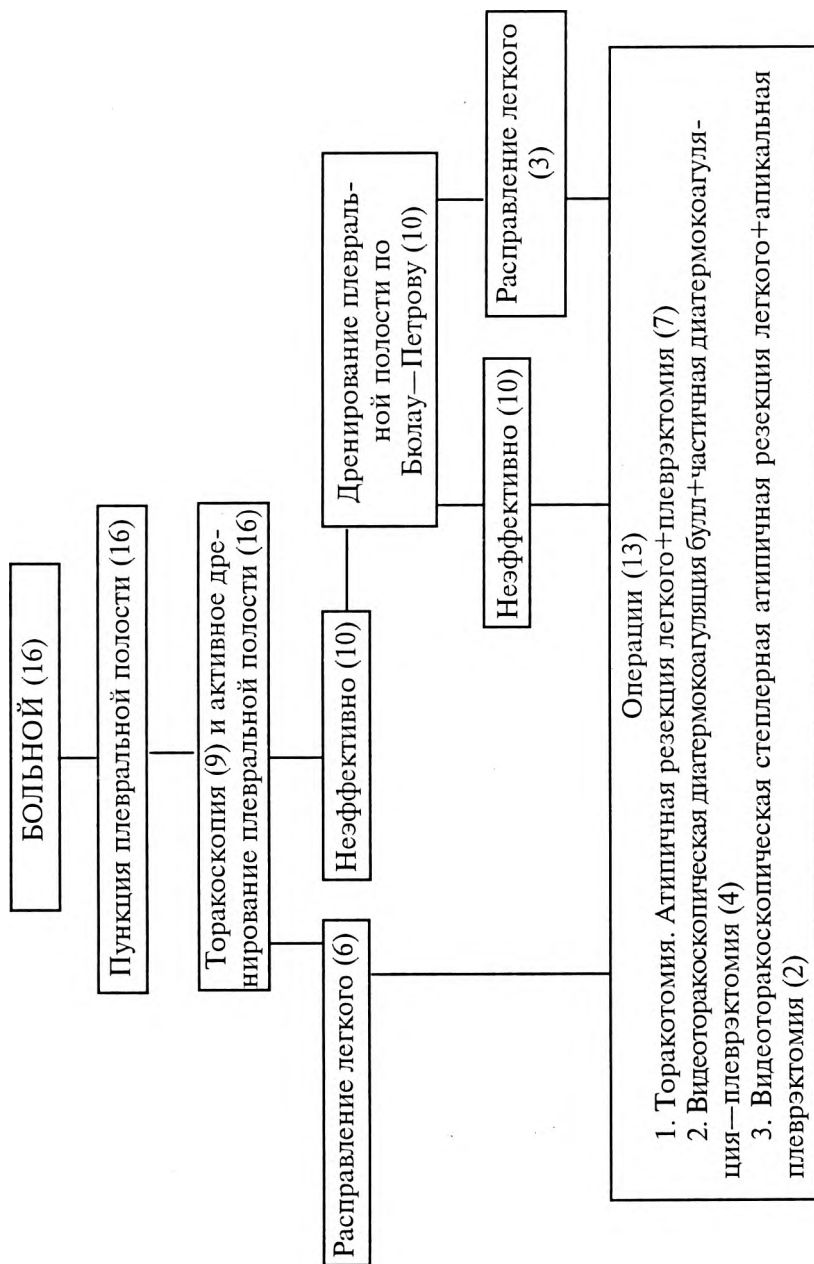
РЕЗУЛЬТАТЫ

Рецидив в период лечения—у 6 (9,2%) больных.

Послеоперационные осложнения—у 3 (4,5%) больных (эмпиема плевры, нагноение послеоперационной раны, остаточная полость).

ФВД в конце лечения—не нарушена у 4 (6,2%), I ст.—13 (20%), II ст.—18 (27,6%), III ст.—30 (46,2%).

АЛГОРИТМ РЕШЕНИЯ ВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НЕСПЕЦИФИЧЕСКИМ СПОНТАННЫМ ПНЕВМОТОРАКСОМ
3 ПЕРИОД (1993—1995 ГГ.)



РЕЗУЛЬТАТЫ

Рецидив в период лечения—у 1 (6,2%).
Послеоперационные осложнения—у 1 (6,2%).
ФВД в конце лечения—не нарушено—у 6 (37,5%), I ст.—у 5 (31,3%), II ст.—у 1 (6,2%), III ст.—у 4 (25%) больных.

нарушения функции внешнего дыхания, то есть они остались дыхательными инвалидами.

Нерадикальность терапии заставила нас изменить методику лечения неспецифического спонтанного пневмоторакса. Во 2-м периоде (схема 2) мы придерживались более активной тактики при ведении больных с этим заболеванием. Лечение покоем и применение медикаментов было лишь у 2 из 65 больных, что составило 3,1%. У 11 пациентов при коллапсе легкого 2—3 степени сразу при поступлении их в стационар выполнялись торакоскопия и дренирование плевральной полости, причем у 5 из них—простейшие торакоскопические операции (диатермокоагуляция булл и фистул, рассечение сращений и др.). В 15 наблюдениях проводилось радикальное хирургическое лечение, направленное на ликвидацию причины заболевания, предотвращение рецидивов и плевропульмональных осложнений. Хирургическая активность возросла до 30,8%.

Алгоритм решений ведения больных с неспецифическим спонтанным пневмотораксом в 3-м периоде значительно упростился (схема 3). Всем больным при поступлении выполнялась пункция плевральной полости с последующим дренированием ее и налаживанием системы активной эвакуации газа. При неэффективности активного дренирования у 10 пациентов осуществлена замена его на подводный дренаж по Бюлау—Петрову, позволивший в 3 наблюдениях перевести открытый пневмоторакс в закрытый. Оперативное вмешательство выполнено у 13 (81,3%) больных, причем все операции были органосберегающими, а у 6 из них осуществлены видеоторакоскопические оперативные пособия.

Таким образом, активизация хирургической тактики у больных с неспецифическим спонтанным пневмотораксом позволила сократить рецидивы в период лечения в 2 раза, послеоперационные осложнения—в 4 раза и значитель-

но улучшить функцию внешнего дыхания пациентов.

Хотелось бы несколько подробнее остановиться на новых оперативных вмешательствах при спонтанном пневмотораксе, применяемых в нашем отделении. Речь идет о видеоторакоскопических пособиях. Для их выполнения используем аппаратуру фирмы “Karl Storz” (Германия) и инструменты фирм “Ethicon Endo-Surgery” компания “Johnson and Johnson” и “Auto Suture Surgical instruments” (США). В 4 случаях проведены видеоторакоскопические диатермокоагуляции булл в сочетании с частичной диатермокоагуляционной плеврэктомией. Оперативное вмешательство выполняли при положении больного на “здоровом” боку с отведенной за голову рукой под общим обезболиванием с отдельной интубацией бронхов 2-просветной ПХВ-трубкой. Все интраторакальные манипуляции осуществляли по изображению на цветном мониторе с помощью миниатюрной видеокамеры. Искусственный пневмоторакс поддерживался по методике “открытых троакаров”. Посредством легочных зажимов захватывали у основания стенки булл и проводили их диатермокоагуляцию. После достижения герметизма легочной ткани выполняли частичную диатермокоагуляционную плеврэктомию. В конце операции оставляли на 1—3 суток два силиконовых дренажа 6 и 8 мм в диаметре. У одного больного на 5 суток после подобного вмешательства в результате отторжения коагуляционно-некротического участка легочной ткани возник рецидив пневмоторакса, потребовавший выполнения боковой торакотомии. Это заставило нас при буллезной эмфиземе легкого выполнять видеоторакоскопическую степлерную резекцию измененных сегментов легочной ткани с помощью аппарата “Endo-GIA-30” в сочетании с апикальной плеврэктомией через миниторакотомный разрез длиной до 5 см (2 наблюдения).

Послеоперационный период у всех

больных, оперированных видеоторако-скопически, протскал легко, без проявлений, свойственных для традиционных торакотомий. У 5 больных отсутствовало значительное нарушение функции внешнего дыхания (ФВД), и лишь у одного ФВД была нарушена (2-й степени). Пациенты начинали ходить и осуществлять движения рукой в полном объеме на следующий после операции день, применение наркотических анальгетиков в течение 48 ч было необходимо лишь у 1 из 6 больных.

Выводы:

1. Малая эффективность консервативного лечения, большая частота рецидивов и осложнений подчеркивают необходимость более широкого применения оперативных вмешательств при неспецифическом спонтанном пневмотораксе.

2. Неэффективность дренирования плевральной полости с активной аспирацией и чередованием ее с дренированием по Бюлау—Петрову в течение 3—6 суток свидетельствует о наличии плевропульмонального дефекта без перспективы консервативного его закрытия и требует оперативного пособия для предупреждения развития эмпиемы плевры.

3. Рациональная хирургическая тактика заключается не только в аспирации воздуха из плевральной полости и расправлении легкого, но и в хирургическом устранении причины болезни и предотвращении рецидивов.

4. Хирургическое вмешательство при буллезной эмфиземе легкого, осложненной спонтанным пневмотораксом, должно преследовать две цели: удаление патологического субстрата и достижение надежной адгезии плевры, что исключает рецидив заболевания и предотвращает прогрессирование буллезно-дегенеративных изменений. С нашей точки зрения, операцией выбора является экономная атипичная краевая резекция буллезно-измененных участков легкого в сочетании с апикальной плеврэктомией.

С учетом внедрения в лечебную практику телевизионной эндоскопической техники эта операция должна выполняться видеоторакоскопически.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бабичев С. И., Плаксин Л. И., Брюнин В. Г. Диагностика и лечение спонтанного неспецифического пневмоторакса//Хирургия. 1989. № 12. С. 3—7.
2. Вишневский А. А., Волков Г. М., Николадзе Г. Д. Лечение спонтанного пневмоторакса при буллезной эмфиземе легких (обзор литературы)//Хирургия. 1988. № 10. С. 140—145.
3. Вишневский А. А., Николадзе Г. Д. Одномоечное хирургическое лечение двусторонней буллезной болезни легких с помощью трансстернальных органосберегающих операций//Гр. хир. 1989. № 2. С. 44—48.
4. Муромский Ю. А., Винецкий Э. С., Харькин А. А. Патогенез и непосредственные исходы хирургического лечения спонтанного неспецифического пневмоторакса//Гр. и серд.-сосуд. хир. 1993. № 4. С. 34—38.
5. Николадзе Г. Д. Буллезная эмфизема легких: хирургические аспекты/Под ред. А. А. Вишневского. М., 1987. С. 42—56.
6. Потапенко М. А., Шипулин П. П. Хирургическое лечение осложненной буллезной эмфиземы легких//Гр. и серд.-сосуд. хир. 1993. № 4. С. 39—42.
7. Чухриенко Д. П., Даниленко М. В., Бондаренко В. А., Белый Н. С. Спонтанный (патологический) пневмоторакс. М.: Медицина, 1973. 295 с.
8. De Giacomo T., Rendina E. A., Venuta F. et al. Video-Assisted Thoracoscopy in the management of Recurrent Spontaneous Pneumothorax//Eur. J. Surg. 1995. Vol. 161, № 4. P. 227—230.
9. Hazelrigg S. R., Landreneau R. J., Mack M. et al. Thoracoscopic Stapled resection for Spontaneous Pneumothorax//J. Thorac. and Cardiovasc. Surg. 1993. Vol. 105, № 3. P. 389—393.

Поступила 26.01.96 г.

EVOLUTION OF THE NON-SPECIFIC SPONTANEOUS PNEUMOTHORAX SURGICAL TREATMENT

S. N. Shnitko, V. A. Plandovski

The results of different methods of treatment of the 112 patients suffering from non-specific spontaneous pneumothorax are analysed in the article. The active surgical tactics of the treatment such patients allowed to short relapses of the disease more than 2 times, and afteroperational complications were shorter more than 4 times, and the function of the external respiration patients was improved.

According to the authors of this article the method of surgical treatment such as an economical non-typical regional resection lung's changing tissue and the apical pleurectomy is the very alternative method of surgical treatment for patients suffering from the bulla lung's emphysema.

The advantages and methods of the videothoracoscopic operations are started on this article.